

## **Widerspruch über die Nutzung der ePA**

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Nach vorangegangener Aufklärung am \_\_\_\_\_ widerspreche ich

dem Eintrag und der Speicherung von Daten aus meiner psychotherapeutischen

Behandlung bei \_\_\_\_\_ in die elektronische

Patientenakte (ePA).

Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

---

Ort, Datum Unterschrift der Patientin/des  
Patienten

---

Ort, Datum Unterschrift der Therapeutin